

AGING AND DISABILITY SERVICES ADMINISTRATION (ADSA)
RESIDENTIAL CARE SERVICES (RCS)
SOLICITUD DE AUDIENCIA ADMINISTRATIVA
REQUEST FOR AN ADMINISTRATIVE HEARING

OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS
PO BOX 42488
OLYMPIA WA 98504-2488

Solicito una audiencia para disputar la decisión del establecimiento de enfermería de trasladarme/darme de alta.

Se me ha notificado respecto a la decisión del establecimiento de enfermería el _____ FECHA.

NOMBRE DEL RESIDENTE		NÚMERO TELEFÓNICO	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE ENFERMERÍA			
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO DE ENFERMERÍA			
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, ¿qué idioma? _____			
¿Necesita arreglos especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
De ser sí, describa:			
FIRMA DEL RESIDENTE		FECHA	
NO LLENE LOS DATOS A CONTINUACIÓN SI EL RESIDENTE DEL ESTABLECIMIENTO DE ENFERMERÍA SE REPRESENTARÁ A SÍ MISMO.			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL RESIDENTE		NÚMERO TELEFÓNICO	
DOMICILIO			
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
PARENTESCO/ORGANIZACIÓN			